

فارسی - Farsi

اطلاعات مهم برای اشخاصی که درخواست MEDI-CAL میکنند

اعلامیه خصوصی و محرمانه بودن

قسمت های 14011 و 14012 قانون رفاه و نهادهای (Welfare and Institutions Code) به ادارات رفاه شهرستان اجازه میدهد که بعضی اطلاعات را، برای تصمیم گرفتن در مورد اینکه شما یا شخصی که نماینده او هستید، میتواند مزایای Medi-Cal دریافت کند یا نه، از شما کسب کنند. برای دریافت مزایای Medi-Cal این اطلاعات را باید ارائه بدهید. اطلاعات برای موارد زیر استفاده میشود:

1. توسط اداره رفاه شهرستان جهت برقرار کردن و اجد شرایط بودن Medi-Cal برای بار اول و جاری بودن آن.
2. توسط فروشنده اداری (Administrative Vendor-AV) برای به جریان انداختن تقاضاها و جهت تهیه کارت هویت مزایا (BIC).
3. توسط اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (United States Department of Health and Human Services) جهت انجام مرورهای مربوط به بازرسی و کنترل کیفیت و تأیید شماره های خرید Medicare (Medicare Buy-in) و تأمین اجتماعی (Social Security Number-SSN).
4. برای تأیید و وضعیت فرد بیگانه در اداره خدمات مهاجرت و تابعیت ایالات متحده (U.S. Immigration and Naturalization Service-INS) فقط در مورد افراد بیگانه ای که ادعا دارند قانوناً بعنوان ساکن دائمی پذیرفته شده اند و یا تحت قانون اقامت دائمی در ایالات متحده تحت عنوان قانون (Permanently Residing in the U.S. Under Color of Law-PRUCOL) بعنوان ساکن دائمی پذیرفته شده اند، و یا بیگانگان عفو عمومی (Amnesty Aliens) با کارت معتبر و جاری 1-688. اطلاعاتی که INS دریافت میکند فقط برای استفاده در تعیین و اجد شرایط بودن Medi-Cal میباشد، و نمیتوان آنرا جهت امور کنترل مهاجرت بکار برد، مگر اینکه مرتکب تقلب شده اید.
5. توسط ارائه دهندگان خدمات پزشکی و سازمانهای نگهداری بهداشتی-درمانی جهت گواهی و اجد شرایط بودن.
6. جهت شناسائی پوشش بیمه بهداشتی-درمانی و اقدامات جبرانی.

حقوق تقاضی/دینفع Medi-Cal، مسئولیتها، و توافقات

من دارای حقوق زیر میباشم:

1. اگر برای صحبت کردن یا فهمیدن زبان انگلیسی مشکلی داشته باشم، برای کمک در مورد تقاضا کردن Medi-Cal درخواست مترجم بکنم.
2. درخواست مصاحبه حضوری با نماینده شهرستان بکنم.
3. بدون در نظر گرفتن نژاد، رنگ پوست، دین، ملیت، جنس، سن، یا باورهای سیاسی، با من بطور عادلانه و به تساوی رفتار شود.
4. اگر فکر کنم که از کار افتاده هستم بعنوان شخصی از کار افتاده تقاضا کنم.
5. در مورد قواعد و اجد شرایط بودن عطف به سابق برای Medi-Cal اطلاعات دریافت کنم.
6. برای Medi-Cal تقاضا کنم و کتباً به من اطلاع بدهند که آیا برای برنامه Medi-Cal و اجد شرایط هستم یا نه.
7. قواعد برنامه Medi-Cal و کتابچه های مقررات را در صورتیکه مایل باشم در مورد اساس رد یا قبول و اجد شرایط بودن تحقیق کنم.
8. تمام اطلاعاتی که به اداره رفاه شهرستان میدهم اکیدا محرمانه نگاه داشته شوند و بتوانم آن اطلاعات را در ساعات معمولی اداری مرور کنم.
9. اگر اورژانس پزشکی داشته باشم یا حامله باشم، کارت نیاز فوری دریافت کنم، زمانی که ممکن و واجد شرایط باشم.
10. هنگامی که رضایت بخش بودن وضع مهاجرتی من در دست اقدام است و تأیید میشود، بطوری که اجازه داده شده است، Medi-Cal دریافت کنم، اگر در غیر اینصورت و اجد شرایط باشم، افراد بیگانه ای که قانوناً برای سکونت همیشگی مورد پذیرش قرار گرفته اند، یا بیگانگان PRUCOL یا عفو عمومی با کارت معتبر و جاری 1-688 و دارای وضع رضایت بخش مهاجرتی هستند.
11. دریافت اطلاعات درباره برنامه بهداشت و پیشگیری از آزار کار افتادگی کودک (Child Health and Disability Prevention Program-CHDP) و برنامه مخصوص متمم غذا برای زنان، نوزادان، و کودکان (Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children-WIC) و درخواست کمک برای کسب آن خدمات.
12. دریافت اطلاعات در مورد برنامه خدمت مراقبت شخصی (Personal Care Service Program-PCSP) و درخواست کمک برای کسب آن خدمات.
13. دریافت اطلاعات در مورد برنامه آزمایش، تشخیص و درمان پیشرس و متناوب (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program-EPSTD).
14. درخواست و دریافت اطلاعات در مورد برنامه طرح ریزی خانواده (Family Planning Program) و بمن گفته شود که آیا برای آن خدمات و اجد شرایط هستم.
15. صحبت کردن با مددکار اجتماعی در مورد خدمات یا منابع دیگر عمومی یا خصوصی که من میتوانم دریافت کنم.

اطلاعات مهم برای اشخاصی که درخواست MEDI-CAL میکنند (ادامه از صفحه قبلی)

16. دریافت اطلاعات درباره طرح های مراقبت بهداشتی - درمانی Medi-Cal که من و خانواده ام برای داشتن پزشک یا مراقبت دیگر پزشکی میتوانیم به آن پیوندیم، و انتخابی را که ترجیح میدهم، انتخاب کنم.
17. با پرداخت صورت حسابهای پرداخت نشده گذشته (که هنوز مقروض هستم)، سهم هزینه خود را کاهش بدهم.
18. کاهش ذخیره دارائی ام به سطح محدوده دارائی Medi-Cal تا آخرین روز ماهی که Medi-Cal میخواهم، از جمله ماهی که در آن تقاضا کرده ام، و به من گفته شود که دارائی اضافی خود را چگونه میتوانم مصرف کنم.
19. تقسیم اموال اشتراکی (مال من و همسر) قابل محاسبه (غیر معاف) توسط فرار داد کتبی به سهمیه های مساوی اموال جداگانه، در صورتیکه هر یک از ما قبل از 30 ماه سپتامبر 1989 وارد تسهیلات مراقبت - دراز مدت (LTC) شدیم.
20. اگر من در روز یا بعد از 1 ژانویه 1990 وارد تسهیلات LTC شوم، مقدار بخصوصی از مال قابل محاسبه جداگانه و مشترک را نگه دارم، من و همسر حق داریم که این مبلغ به ما گفته شود.
21. اگر اداره رفاه شهرستان یا اداره خدمات بهداشتی ایالت اقدامی کرده باشد (یا نکرده باشد)، جلسه استماع ایالتی داشته باشم، غیر از اقدامات مرتبط به پرداخت حق بیمه بهداشتی - درمانی باشد (Health Insurance Premium Payment - HIPP) و برنامه های طرح بیمه بهداشتی - درمانی گروهی کارفرما (Employer Group Health Plan - EGHP). اگر جلسه استماع ایالتی برای استیناف تصمیم بخواهم، در عرض 90 روز پس از تاریخی که اعلامیه به اقدام (Notice of Action - NOA) به من پست شده باشد در خواست کنم. اگر NOA را دریافت نکنم، باید برای جلسه استماع در عرض 90 روز از تاریخی که اقدامی (یا عدم اقدام) را که در موردش ناراضی هستم کشف کرده باشم، در خواست کنم. تاریخ کشف تاریخی است که در مورد اقدام اطلاع یافته، یا میبایستی اطلاع داشتیم، بهترین شیوه برای درخواست جلسه استماع تماس گرفتن با نزدیکترین اداره رفاه شهرستان میباشد.

من مسئولیت دارم که نماینده شهرستان را در عرض ده (10) روز در هر زمانیکه هر مورد زیر اتفاق بیفتد مطلع سازم:

1. افزایش، کاهش، شروع، یا قطع درآمدی که توسط من یا هر عضوی از خانواده من دریافت میشود. این شامل درآمدی که از اداره تامین اجتماعی (Social Security Administration - SSA)، و امها، مصالحه ها، یا هر ماخذ دیگری کسب شده باشد میشود.
2. من تصمیم دارم که محل مسکونی یا نشانی پستی خود را تغییر دهم، یا تغییر داده باشم.
3. فردی، از جمله نوزادی، چه با من یا خانواده من نسبتی داشته باشد چه نداشته باشد، به خانه من نقل مکان کند یا از خانه من نقل مکان کند.
4. والد غایب به خانه برگردد.
5. من یا عضوی از خانواده من وضع حمل کند، حامله شود، یا حاملگی را ختم کند.
6. من، همسر من، یا هر عضو خانواده من، وارد یک آسایشگاه یا تسهیلات LTC یا از آن خارج شود.
7. من ملک یا مال شخصی دریافت کنم، منتقل کنم، ببخشم، یا بفروش برسانم (از جمله پول)، یا کسی به من یا به عضوی از خانواده من چیزی مانند اتومبیل، خانه، پرداختی بیمه، و غیره بدهد.
8. من مخارجی داشته باشم که توسط کسی غیر از من پرداخت میشود.
9. من یا عضوی از خانواده من، کاری پیدا کنم (کند)، کاری عوض کنم (کند)، یا دیگر کاری نداشته باشم (باشد).
10. من تغییری در مخارجی مربوط به کار یا تحصیلات خود داشته باشم. (برای مثال، نگهداری کودک، ایاب و ذهاب، و غیره).
11. من یا عضوی از خانواده من از نظر بدنی یا فکری معیوب شود (این شامل کودکی در خانواده نیز میشود).
12. من یا عضوی از خانواده من برای مزایای ناتوانی از SAA، اداره سربازان سابق (Veterans Administration)، یا بازنشستگی خط راه آهن تقاضا کنیم.
13. یکی از فرزندان من مدرسه را ترک کند یا به مدرسه برگردد.
14. تغییری در وضعیت تابعیت / مهاجرت هر عضو خانواده من که برای Medi-Cal تقاضا کرده است یا دریافت میکند، بوجود آید.
15. پوشش بیمه بهداشتی - درمانی برای من یا خانواده من تغییر کند.

من نسبت به نکات زیر مسئولیت دارم:

1. در صورت درخواست، تکمیل و برگرداندن گزارش و وضعیت تا تاریخ مشخص شده.
2. ارائه مدرک جهت ثابت کردن اینکه ساکن کالیفرنیا هستم.
3. اعلام در مورد تابعیت یا وضعیت مهاجرتی من.

اطلاعات مهم برای اشخاصی که درخواست MEDI-CAL میکنند (ادامه از صفحه قبلی)

4. ارائه SSN برای خودم و/یا برای هر عضو خانواده خود. که SSN دارد و مزایای Medi-Cal میخواهد. اگر من شهروند آمریکا باشم. یا ملیت آمریکائی داشته باشم. یا بیگانه ای با وضعیت رضایت بخش از نظر مهاجرتی. من بایستی در صورتی که SSN نداشته باشم برای آن تقاضا کنم و آن را به اداره شهرستان ارائه بدهم. اگر نیاز داشته باشم که برای SSN درخواست کنم. میتوانم از مددکار اجتماعی خود کمک بگیرم. اما با SSA باید همکاری کنم تا اگر سنو الی باشم آن را روشن کنم. وگرنه ممکن است Medi-Cal من رد شود یا قطع شود (بیگانگانی که دارای وضعیت رضایت بخش از نظر مهاجرتی نیستند و SSN ندارند. اگر واجد شرایط باشند میتوانند بدون اینکه برای SSN تقاضا کنند **Medi-Cal محدود** دریافت کنند).
5. برای هر درآمدی که برای من یا هر عضو خانواده من در دسترس باشد. تقاضا کنم.
6. اگر نابینا باشم. از کار افتاده باشم. بیماری کلیوی در وضعیت نهائی (End Stage Renal Disease) داشته باشم. یا سن من 64 سال و 9 ماه باشد یا مسن ترو و اجد شرعاً باشم. برای مزایای Medicare درخواست کنم. من مسئولیت دارم به تامین کنندگان خود بگویم که هم پوشش Medi-Cal و هم Medicare دارم.
7. برای هر بیمه بهداشتی-درمانی که برای من و خانواده من بدون هزینه در دسترس باشد. تقاضا و در آن ثبت نام کنم. من مسئولیت دارم که زمانی که Medi-Cal پرداخت حق بیمه طرح توسط ایالت کالیفرنیا را تصویب کرد. ثبت نام در طرح بهداشتی/درمانی دیگر را حفظ کنم.
8. هر پوشش/بیمه بهداشتی-درمانی را که دارا هستم یا حق استفاده از آن را دارم. از جمله Medicare. به اداره شهرستان و به تامین کننده مراقبت بهداشتی-درمانی گزارش بدهم. اگر قصد از ارائه چنین حقایقی کوتاهی کنم. ممکن است که یک جرم مرتکب شده باشم. یا تامین کننده ام برای من صورت حساب بفرستد.
9. به برنامه مراقبت بهداشتی-درمانی خود برای دریافت مراقبت پزشکی بروم (مانند Kaiser. CHAMPUS یا Medicare HMO). (Medi-Cal برای خدماتی که توسط طرح تحت پوشش باشد پرداخت نمیکند.)
10. هر پرداختی بیمه ای را که دریافت میکنم. اگر Medi-Cal برای آن قبلاً پرداخت کرده باشد. به ایالت بدهم.
11. به جلسه ارائه اطلاعات بروم. اگر چنین جلساتی ارائه داده شود. و انتخاب کتبی بعمل بیاورم. یا در مورد اینکه چگونه میخواهم مزایای Medi-Cal خود را دریافت کنم. اگر توسط پست دریافت کرده باشم. پاسخ بدهم. اگر نروم و انتخابی بعمل نیاورم. یا توسط پست انتخاب نکنم. من و اعضاء و اجد شرائط خانواده من ممکن است که برای طرح مراقبت بهداشتی-درمانی Medi-Cal در نزدیک خانه من ثبت نام بشویم.
12. زمانی که BIC (کارت هویت مزایا) خود را دریافت میکنم آنرا تاریخ بگذارم و امضاء کنم. و مطمئن باشم که آن فقط برای دریافت مراقبت بهداشتی-درمانی لازم جهت خودم و اعضاء خانواده و اجد شرائط. استفاده میشود.
13. وقتی که بیمار هستم یا وقت ملاقاتی دارم. BIC خود را به تامین کننده پزشکی خود ببرم. در مورد اورژانس و وقتی که BIC در دسترس نباشد. زمانی که ممکن باشد BIC را باید به تامین کننده پزشکی ارائه بدهم.
14. وقتی که به علت تصادف یا صدمه ای که توسط عمل یا عدم عمل شخص دیگری اتفاق افتاده خدمات بهداشتی-درمانی دریافت کنم. که برای آن به Medi-Cal صورت حساب فرستاده شده یا ممکن است بشود. آنرا به اداره شهرستان گزارش بدهم.
15. در مورد برقراری هویت پدر و تشخیص هر پوشش پزشکی احتمالی که من یا خانواده من ممکن است از طریق والد غایب مستحق آن باشیم یا شهرستان یا ایالت همکاری کنم.
16. در صورتیکه پرونده من برای مرور توسط تیم مرور کنترل کیفیت انتخاب شده باشد. یا ایالت کالیفرنیا همکاری کنم. اگر از همکاری کردن خودداری کنم. مزایای Medi-Cal من قطع خواهد شد.

من متوجه هستم که:

1. کوتاهی از ارائه حقایق لازم یا ارائه عمدی اطلاعات دروغی. ممکن است که به رد یا قطع مزایای Medi-Cal من منجر شود. پرونده من همچنین ممکن است که برای ظن در مورد تقلب تحت بررسی قرار بگیرد.
2. اطلاعاتی که من ارائه میدهم توسط کامپیوتر با اطلاعاتی که توسط کارفرما. بانکها. SSA. هیئت مالیات امتیاز (Franchise Tax Board). رفاه. و سازمانهای دیگر تامین شده است مقایسه میشود. من حق دارم که در صورتیکه اطلاعاتی اشتباه تشخیص داده شده باشند. مدارک لازم برای تصحیح آنها ارائه بدهم.
3. افراد بیگانه ای که دارای وضعیت رضایت بخش از نظر مهاجرتی نیستند. و SSN ندارند. اگر برای تمام مقررات و اجد شرائط باشند. میتوانند بدون درخواست برای SSN. **Medi-Cal محدود** دریافت کنند.
4. اطلاعات وضعیت مهاجرتی که جزء تقاضانامه Medi-Cal ارائه داده میشود. محرمانه باقی میماند.
5. بر اساس درآمد من. قبل از اینکه Medi-Cal دریافت کنم. باید قسمتی از هزینه پزشکی خود را پرداخت کنم یا برای من صورت حساب فرستاده شود.
6. اگر تغییرات را به موقع گزارش ندهم. و به همین علت. مزایای Medi-Cal که برای آنها و اجد شرائط نباشم دریافت کنم. ممکن است که مجبور به باز پرداخت به اداره خدمات بهداشت ایالت باشم.

اطلاعات مهم برای اشخاصی که درخواست MEDI-CAL میکنند (ادامه از صفحه قبلی)

7. اگر بر اساس از کار افتادگی Medi-Cal دریافت میکنم، و برای دریافت مزایای از کار افتادگی از SSA تقاضا کنم، و SSA ادعای از کار افتادگی من را قبول نکند، Medi-Cal من ممکن است که قطع شود. اگر برای رد SSA فوراً استیناف کنم، Medi-Cal من ادامه پیدا میکند تا SSA تصمیم نهائی را اتخاذ کند. اگر SSA ادعای من را قبول کند، مزایای Medi-Cal من ادامه پیدا میکند. اگر SSA ادعای من را قبول نکند، مزایای Medi-Cal من قطع میشود.
8. بعنوان شرط و اجد شرائط بودن Medi-Cal، تمام حقوق برای حمایت پزشکی و/یا پرداخت برای خدمات پزشکی برای من و افراد واجد شرائط که من مسئولیت آنها را بعهده دارم، بطور اتوماتیک به ایالت و اگر از میشوند.
9. اگر حمایت پزشکی توسط دستور دادگاه در مورد والد غایب برای فرزندان من باشد، شرکت بیمه باید اجازه بدهد تا ثبت نام کنم و مزایا را به فرزندان من بدون رضایت والد غایب ارائه دهد.
10. اگر برای پوشش بهداشتی-درمانی بدون هزینه، یا پوشش پرداخت شده از طرف ایالت، تقاضا نکنم یا آن را حفظ نکنم، مزایای Medi-Cal من و/یا واجد شرائط بودن من مورد قبول قرار نمیگیرد یا قطع میشود.
11. زمانی که برای Medi-Cal تقاضا کنم، از نظر واجد شرائط بودن بالقوه تحت برنامه های کمک پزشکی دیگر، از جمله برنامه های HIPP و EGHP ارزیابی خواهیم شد.
12. اگر از تامین کننده پزشکی برای خدماتی که توسط طرح بیمه بهداشتی-درمانی غیر Medi-Cal (non-Medi-Cal) پوشش نمیشود درخواست کنم، از طرف طرح بهداشتی-درمانی خود باید اظهارنامه کتبی به تامین کننده پزشکی خود ارائه دهم که میگوید آنها خدمات ارائه شده از طرف Medi-Cal را ارائه نمیدهند.
13. تامین کنندگان Medi-Cal سهمیه حق بیمه ها، سهمیه بیمه، یا کسورات را نمیتوانند از من دریافت کنند، مگر اینکه از این پرداختی برای پرداخت سهم هزینه Medi-Cal من و/یا سهمیه حق بیمه من استفاده شود.
14. اگر به یک آسایشگاه پذیرفته بشوم و قصد به مراجعت به خانه خود نداشته باشم، ایالت ممکن است که بر ملک من حق تصرف ملک بگذارد.
15. پس از فوت من، ایالت حق به خواستن دریافت بازپرداختی از ماترک من برای تمام مزایای Medi-Cal که پس از سن 55 سالگی دریافت کرده ام خواهد داشت، مگر اینکه همسر (در طول مدت زندگی او)، فرزندان صغیر، فرزندان نابینا یا کاملاً و همیشه از کار افتاده بازمانده داشته باشم، یا آن برای و ارثان من مشقتی ایجاد کند.
16. پس از فوت همسر بازمانده من، ایالت حق دارد که از قسمتی از ماترک او که از من دریافت شده باشد، تمام مزایای Medi-Cal که پس از سن 55 سالگی دریافت کردم، تا حد ملکی که همسر من از ماترک من دریافت کرده باشد، ادعا کند.

امضاء کرده و برای پرونده خود نگه دارید

بدینوسیله من اعلام میکنم که اطلاعات مندرج در این فرم را با نماینده شهرستان مرور کرده ام، و من کاملاً حقوق و مسئولیتهای خود به تعیین واجد شرائط بودن برای Medi-Cal و حفظ آن و اجد شرائط بودن را میفهمم.

}

امضاء متقاضی/نماینده (انتخابی)

تاریخ



COUNTY USE SECTION

I have provided (check one) In person By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

{

Eligibility Worker's Signature

Worker Number

Date

اطلاعات مهم برای اشخاصی که درخواست MEDI-CAL میکنند (ادامه از صفحه قبلی)

7. اگر بر اساس از کار افتادگی Medi-Cal دریافت میکنم، و برای دریافت مزایای از کار افتادگی از SSA تقاضا کنم، و SSA ادعای از کار افتادگی من را قبول نکند، Medi-Cal من ممکن است که قطع شود. اگر برای رد SSA فوراً استیناف کنم، Medi-Cal من ادامه پیدا میکند تا SSA تصمیم نهائی را اتخاذ کند. اگر SSA ادعای من را قبول کند، مزایای Medi-Cal من ادامه پیدا میکند. اگر SSA ادعای من را قبول نکند، مزایای Medi-Cal من قطع میشود.
8. بعنوان شرط و اجد شرائط بودن Medi-Cal، تمام حقوق برای حمایت پزشکی و/یا پرداخت برای خدمات پزشکی برای من و افراد واجد شرائط که من مسئولیت آنها را بعهده دارم، بطور اتوماتیک به ایالت و اگر از میشوند.
9. اگر حمایت پزشکی توسط دستور دادگاه در مورد والد غایب برای فرزندان من باشد، شرکت بیمه باید اجازه بدهد تا ثبت نام کنم و مزایا را به فرزندان من بدون رضایت والد غایب ارائه دهد.
10. اگر برای پوشش بهداشتی-درمانی بدون هزینه، یا پوشش پرداخت شده از طرف ایالت، تقاضا نکنم یا آن را حفظ نکنم، مزایای Medi-Cal من و/یا واجد شرائط بودن من مورد قبول قرار نمیگیرد یا قطع میشود.
11. زمانی که برای Medi-Cal تقاضا کنم، از نظر واجد شرائط بودن بالقوه تحت برنامه های کمک پزشکی دیگر، از جمله برنامه های HIPP و EGHP ارزیابی خواهیم شد.
12. اگر از تامین کننده پزشکی برای خدماتی که توسط طرح بیمه بهداشتی-درمانی غیر Medi-Cal (non-Medi-Cal) پوشش نمیشود درخواست کنم، از طرف طرح بهداشتی-درمانی خود باید اظهارنامه کتبی به تامین کننده پزشکی خود ارائه دهم که میگوید آنها خدمات ارائه شده از طرف Medi-Cal را ارائه نمیدهند.
13. تامین کنندگان Medi-Cal سهمیه حق بیمه ها، سهمیه بیمه، یا کسورات را نمیتوانند از من دریافت کنند، مگر اینکه از این پرداختی برای پرداخت سهم هزینه Medi-Cal من و/یا سهمیه حق بیمه من استفاده شود.
14. اگر به یک آسایشگاه پذیرفته بشوم و قصد به مراجعت به خانه خود نداشته باشم، ایالت ممکن است که بر ملک من حق تصرف ملک بگذارد.
15. پس از فوت من، ایالت حق به خواستن دریافت بازپرداختی از ماترک من برای تمام مزایای Medi-Cal که پس از سن 55 سالگی دریافت کرده ام خواهد داشت، مگر اینکه همسر (در طول مدت زندگی او)، فرزندان صغیر، فرزندان نابینا یا کاملاً و همیشه از کار افتاده بازمانده داشته باشم، یا آن برای وراثت من مشققی ایجاد کند.
16. پس از فوت همسر بازمانده من، ایالت حق دارد که از قسمتی از ماترک او که از من دریافت شده باشد، تمام مزایای Medi-Cal که پس از سن 55 سالگی دریافت کردم، تا حد ملکی که همسر من از ماترک من دریافت کرده باشد، ادعا کند.

امضاء کرده و برای پرونده خود نگه دارید

بدینوسیله من اعلام میکنم که اطلاعات مندرج در این فرم را با نماینده شهرستان مرور کرده ام، و من کاملاً حقوق و مسئولیتهای خود به تعیین واجد شرائط بودن برای Medi-Cal و حفظ آن و اجد شرائط بودن را میفهمم.

}

امضاء متقاضی/نماینده (انتخابی)

تاریخ



COUNTY USE SECTION

I have provided (check one) In person By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

{

Eligibility Worker's Signature

Worker Number

Date